

## UAE 及び TCR を施行し子宮を温存しえた胎盤ポリープの2症例

京都第二赤十字病院 産婦人科

○谷垣 佳子、福岡 正晃、山本 彩、栗原 甲妃、福山 真理、  
南川 麻里、岡島 京子、加藤 聖子、衛藤 美穂、藤田 宏行

【緒言】胎盤ポリープとは分娩後もしくは流産後の胎盤組織の遺残に血管浸潤及びフィブリン沈着がおこり腫瘍がポリープ状に発育する稀な疾患である。分娩もしくは流産後、数日から数週間後に発症することが多く、大量出血をきたすことがあるため産婦人科救急として念頭に入れておくべき疾患である。今回、経陰超音波検査・造影CTにて血流量が豊富であると判断した胎盤ポリープに対しUAE（子宮動脈塞栓）およびTCR（経頸管的子宮鏡下切除）を施行し子宮を温存しえた2症例を経験したため報告する。

【症例1】28歳1経妊1経産。前医にて自然経陰分娩し経過良好であり産褥5日目に退院となったが、産褥21日目に突然大量の性器出血があり当院に緊急搬入となった。経陰超音波検査および腹部造影CTより胎盤ポリープと診断した。1500mlに及ぶ大量出血を認めたため緊急UAEを施行し止血を確認できたためUAE後8日目に退院となった。UAE後29日目に再度大量出血あり緊急UAEおよびTCRを施行した。

【症例2】25歳1経妊1経産。正常経陰分娩後、産褥34日目から性器出血が増量傾向となり産褥45日目に当院受診。経陰超音波検査及び腹部造影CTにて8mm大の胎盤ポリープを認めたため、産褥50日目に待機的にUAEおよびTCRを施行した。

【結語】産後の大量出血では胎盤ポリープを鑑別に挙げることが重要である。胎盤ポリープに対しては依然明確な治療方針が確立されておらず、経過観察のみで自然消滅することがある一方で、大量出血を伴う場合には子宮全摘出を余儀なくされることもある。近年血管内治療・内視鏡治療の技術進歩に伴い子宮温存が可能な症例が増えてきており、大量出血を伴う胎盤ポリープの治療においてはUAEおよびTCRが有用であると考えられる。

## 正常胎児心拍波形と鑑別困難な母体音を聴取した子宮内胎児死亡の一例

那須赤十字病院 産婦人科

○佐伯 直彦、樋口 敦彦、吉田 敬三、鴨澤 千尋、澤野 佳子、  
太田 邦明、北岡 江里、北岡 芳久、白石 悟

本邦における死産率は0.9-1.1%とされる。今回我々は、reassuring fetal status (RFS) と判断される胎児心拍数モニターと鑑別困難な母体音を聴取した子宮内胎児死亡 (IUFD) の一例を経験したので報告する。症例：17歳1経妊0経産（自然流産1回）、初経12歳。既往歴、家族歴は特になし。自然妊娠で妊娠後期までの経過は良好。妊娠34週2日に「2日間胎動を自覚しない」と外来を受診した。NST（non-stress test）でRFSと判断したが、その後の経腹超音波検査で胎児心拍の停止を認めた。数分前まで児が生存していたと考え、救命のためGrade A 緊急帝王切開術を決定し13分後に児を娩出した。児は女児で出生体重2098g、Apgar score 0/0、臍動脈血ガスは採取できず。立ち会ひの小児科医により死亡が確認された。児は浸軟し死亡後数時間は経過していると思われ、NSTで母体心音を聴取したと後方視的に結論付けた。児の病理解剖は承諾が得られず、AI（autopsy imaging）や胎盤の病理検査でIUFDの原因特定には至らなかった。本邦での脳性麻痺症例において、分娩経過中に母体音を聴取しRFSと判断されていた例が報告されている。分娩経過中に母体心拍数も基線再変動に似た波形を示し、子宮収縮に一致した心拍数上昇も認められると報告されている。胎児心拍と母体心音の鑑別のため胎児心電図記録を行う試みもあるが、普及していないのが現状である。本症例を踏まえ、当院ではNST施行時に母体音と胎児心音を同時記録する事とした。産婦人科診療ガイドラインにおいて、胎動自覚減少で受診した妊娠後期に關し「胎児のwell-beingを評価する」事を推奨しているが、具体的な方法への言及はない。経腹超音波での胎児心拍確認は必要と考えさせられる症例であった。

## O-4-15

当院で初めて経験した HIV 合併妊娠の1例

伊勢赤十字病院 産婦人科<sup>1)</sup>、同 感染症内科<sup>2)</sup>、同 小児科<sup>3)</sup>、  
同 看護部<sup>4)</sup>、同 社会事業部<sup>5)</sup>、同 薬剤部<sup>6)</sup>

○高倉 奈津子<sup>1)</sup>、坂部 茂俊<sup>2)</sup>、豊嶋 弘一<sup>2)</sup>、辻 幸太<sup>2)</sup>、  
伊藤 美津江<sup>3)</sup>、河村 卓弥<sup>1)</sup>、大里 和広<sup>1)</sup>、山脇 孝晴<sup>1)</sup>、  
森尾 志保<sup>4)</sup>、上部 真嗣<sup>5)</sup>、服部 公紀<sup>6)</sup>

【緒言】2004年から2009年までの5年間で妊婦スクリーニング検査10万件あたりのHIV感染妊娠例数は8.5件であり、拠点病院で管理される。今回我々は当院で初めてのHIV合併妊娠の管理を行ったので報告する。

【症例】未婚の23歳フィリピン人女性、1経産。自然妊娠成立後、妊娠初期検査でHIV抗体陽性を指摘され、妊娠20週2日に当院産婦人科を紹介受診された。AIDSは発症していなかった。日本語は全く話せず、外部のサポートが必要だった。合法的な滞在であり、社会制度の利用が可能でNPO CHARMと教会にサポートを依頼した。三重県立総合医療センター産婦人科 谷口晴記先生にHIVについてご講演を頂き、病棟・手術室スタッフ中心に勉強会を行った。妊婦の治療は感染症内科、出生児の感染管理は小児科が行った。初診時のウイルス量は3.0×10<sup>4</sup> copy/ml、CD4数275 /&micro;lであり、妊娠21週1日よりコンヒビル、カレトラ内服で治療した。AZT点滴とシロップを治療研究班から取り寄せた。分娩は選択的帝王切開術を選択し、妊娠37週3日に手術を施行した。分娩時のウイルス量は20 copy /ml未満で、CD4数484 /&micro;lであり、分娩時にはAZT点滴投与し、新生児にはAZTシロップを投与した。児は体重1991g、Apgarスコア良好で、AZT投与による貧血がありエリスロポエチンを投与したが経過は良好だった。7か月経過したが感染は確認されていない。

【結語】当院でのHIV合併妊娠1例目を経験した。複数の診療科、看護部、社会事業部、薬剤部が協力し、トラブルなく出産を終えた。

## O-4-17

子宮動脈塞栓術と子宮鏡下ポリープ切除術を行なった胎盤ポリープの1症例

秋田赤十字病院 産婦人科

○恩田 啓伍、太田 博孝、大山 則昭、佐藤 宏和、平野 秀人、  
細谷 直子、今野 めぐみ、亀田 優里菜、真田 広行

【症例】症例は30歳女性、初産例。妊娠37週6日に羊水過少症、微弱陣痛のため鉗子分娩を施行。娩出期は9分で終了したが、1900mlの弛緩出血を認めた。娩出胎盤の一部に欠損を認めた。産褥18日目、多量の性器出血を認め救急外来を受診。経陰超音波で子宮体部に長径18mm大の遺残胎盤を認めた。カラードプラーでは遺残胎盤周囲に豊富な動静脈の血流を認めた。胎盤鉗子にて胎盤の除去を試みたが、直後より出血が持続したため圧迫止血し、自然排出を待つ方針とした。産褥36日目、MRIにて子宮体部後壁筋層から子宮内腔に突出した腫瘍を認め、遺残胎盤及び胎盤ポリープと診断された。産褥46日目に両側子宮動脈塞栓術（UAE）を施行し、54日目に子宮鏡下ポリープ切除術を行った。術後1週目には子宮出血を認めず、超音波検査でも子宮内腔に異常な血流は認めなかった。

【考察】胎盤ポリープとは、分娩または流産後の遺残胎盤に血管浸潤及びフィブリン沈着によって腫瘍が増大し、ポリープ状になったものとされる。稀な疾患ではあるが、早産率や中絶率、陣痛促進剤使用機会の増加等により近年発生頻度が上昇している。ポリープ内の血流が多い場合には大量出血を引き起こす致死的な疾患でもある。本疾患の治療に關しては、近年UAE等の保存療法が有効であるとの報告も散見されているが、大量出血時の対処法や妊娠能保持の側面等、多角的な視点から治療方針を決定すべきである。本例は分娩時の弛緩出血と遺残胎盤からの大量出血を経験し対症的に対処した。さらにMRIで子宮内腔腫瘍を再評価し、UAEと子宮鏡下ポリープ切除術を施行した。本例は胎盤ポリープの診断治療に關する教訓的な症例となった。

## O-4-14

診断基準改定後の当院での妊娠糖尿病と周産期予後に関する検討

釧路赤十字病院 産婦人科

○橋本 大樹、米原 利栄、能代 知美、能代 究、田中 理恵子、  
青柳 有紀子、東 正樹、山口 辰美

【背景】2010年に妊娠糖尿病（GDM）の診断基準が改定され、患者数は約4倍に増加するとされたが、その多くは従来GDMとして扱われなかった診断基準1点陽性例である。軽症とされるこれらの群の具体的な管理指針にはまだ一定の見解が得られていない。当院でのGDMの診断基準陽性数と周産期予後の関連について検討する。

【対象と方法】2013年1月から1年間の当院における全分娩1060例のうち、GDMと診断された単胎分娩症例71例に対し、診断基準陽性数、管理方法、児の出生体重、母親の周産期合併症について診療記録からデータを抜粋し後方視的に調査した。

【結果】当院でのGDM有病率は約7%であり、予測された有病率と同程度であった。診断基準変更によりGDMは約2.7倍に増加したが、治療介入は約97%と高率であった。Heavy for date（HFD）児や母児の周産期合併症を発症したGDMのうち、診断基準1点例は各々約40%を占めた。HFD児を出産した母体の妊娠前BMIは26.3と高い傾向にあった。

【結論】診断基準1点陽性例でも周産期合併症は十分に起こり得ると考えられた。既知の研究では、周産期合併症の予後不良因子としてGDM以外に妊娠前の肥満が報告されており当院の検討でも肥満がHFD児のリスクと関連する可能性を示唆した。昨今、診断基準陽性数はGDM重症度の指標にはならないとの報告もあり、SMBG併用厳格管理が必要な高リスク群の効率的な抽出法が待たれる。

## O-4-16

当院の無痛分娩の入院時診断と分娩様式の検討

横浜市立みなと赤十字病院 産婦人科

○多田 聖郎、塚本 薫、山下 修位、若松 昌巨、和知 敏樹、  
高橋 慎治

【目的】当院の無痛分娩は2007年1月より開始している。2014年12月までは希望者全員に無痛分娩を施行していたが、希望者の増加により2015年1月から1か月15件と制限を設けて対応している。当院の無痛分娩は基本的には陣痛発来を待ち、自然経過で進行している分娩に麻酔を施行し、必要に応じて促進を行うことを原則としている（特に初産婦）。一方で希望者（特に経産婦）、医学的適応の生じた症例には誘発分娩も施行している。その入院時診断と分娩歴、分娩様式に關して検討を行い、無痛分娩の際の注意点、診療体制について考察した。

【方法】2007年1月より2015年1月までに当院で無痛分娩を施行した663症例について、入院時診断と分娩歴、分娩様式について検討した。

【成績】全663例での分娩様式は正常分娩440例（66.4%）、吸引分娩64例（9.7%）、鉗子分娩93例（14.0%）、帝切66例（10.0%）であった。入院時診断は、誘発入院255例（38.5%）（うち初産102例、経産153例）であり陣発入院332例（50.1%）（うち初産234例、経産98例）、その他（前期破水、切迫早産、など）106例（11%）であった。このうち、誘発入院、陣発入院に關して、それぞれ群での正常分娩率は誘発初産群34.3%、誘発経産群86%、陣発初産群59%、陣発経産群93%であり、帝切率は誘発初産群25.5%、誘発経産群5.0%、陣発初産群8.1%、陣発経産群0%であった。

【結論】無痛分娩においては、自然陣発を待つことが特に初産婦には重要であり、24時間無痛分娩に対応できる体制が必要であることが確認された。